Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

32 620 Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 156 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 mei 2015

Met deze brief informeer ik u over de resultaten van een evaluatie naar de afschaffing van de macronacalculatie die in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door KPMG is uitgevoerd. Het onderzoeksrapport treft u in de bijlage[1] bij deze brief aan. Deze evaluatie heb ik tijdens het Algemeen Overleg over de risicoverevening op 23 september 2014 aan uw Kamer toegezegd. De Kamer heeft gevraagd om het effect van het afschaffen van de macronacalculatie inzichtelijk te maken per jaar en per deelbedrag.

De evaluatie van de afschaffing van de macronacalculatie gaat in op de vraag wat de effecten van de afschaffing van de macronacalculatie zijn en op de vraag of het doel dat met het afschaffen van de macronacalculatie werd beoogd, is behaald. Om deze vragen te beantwoorden, zijn gegevens over gerealiseerde zorgkosten en vereveningsbijdragen van verzekeraars geanalyseerd over de volgende periode: de twee jaren vóór afschaffing van macronacalculatie (2010 en 2011) en de jaren na afschaffing (2012 en 2013). Met uitzondering van het jaar 2010 is de evaluatie gebaseerd op voorlopige cijfers omdat definitieve vereveningsbijdragen over de jaren 2011–2013 nog niet zijn vastgesteld. De resultaten over deze jaren zijn daarom met enige onzekerheid omgeven (voor 2013 is deze onzekerheid iets groter dan voor 2012 en 2011) en mijn conclusie is voorlopig. De evaluatie richt zich op de deelbedragen medisch-specialistische zorg, overige prestaties (extramurale zorg, waaronder huisartsenzorg, farmacie) en de geneeskundige GGZ voor volwassenen. Naast de kwantitatieve analyse zijn interviews afgenomen bij experts van diverse organisaties.

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

kst-32620-156
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Deze brief gaat in op de achtergrond van dit onderzoek (de werking van de macronacalculatie en het flankerend beleid), op de resultaten van het onderzoek en sluit af met een reactie. De hoofdpunten zijn de volgende:

- De conclusie van dit onderzoek is dat in 2012 en 2013 op macroniveau de gerealiseerde kosten € 0,7 mld en € 1,8 mld lager liggen dan de raming. De bijdrage die verzekeraars over 2012 en 2013 uit het zorgverzekeringsfonds hebben ontvangen, bedraagt circa de helft van de geraamde kosten; de andere helft wordt gefinancierd uit de premie en de opbrengst van het verplicht eigen risico. De vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars uit het zorgverzekeringsfonds is voor beide jaren samen dus ongeveer 1¼ miljard te hoog geweest. Vanaf 2013 hebben de verzekeraars de premies lager vastgesteld dan de door VWS geraamde premie, waaruit blijkt dat verzekeraars het positieve resultaat van afgelopen jaren gedeeltelijk hebben teruggegeven aan verzekerden. Zo geven de verzekeraars voor 2015 aan dat zij in totaal € 1,4 miljard van het positieve resultaat teruggegeven hebben aan verzekerden via premieverlaging. Ook hebben verzekeraars de positieve resultaten over 2012 en 2013 gebruikt ter verhoging van de reserves, noodzakelijk in het kader van Solvency II.
- De onderschrijding is vooral terug te voeren op het deelbedrag overige prestaties, in het bijzonder de farmacie. Voor de medisch-specialistische zorg geldt in beide jaren een overschrijding van rond de € 200 mln; voor de geneeskundige GGZ is het beeld wisselend. Kostenbeheersing blijft voor deze laatste sectoren onverminderd van belang. Mede daarom zijn in 2014 nieuwe Bestuurlijke Hoofdlijnenakkoorden gesloten waarin afspraken zijn gemaakt voor een gematigde kostenontwikkeling.
- Ik volg de eerste aanbeveling op, namelijk het verbeteren van de macroraming. De tweede aanbeveling richt zich op het afschaffen van het flankerend beleid, dat tegelijkertijd met het afschaffen van de macronacalculatie is geïntroduceerd. Ik volg deze aanbeveling vooralsnog niet op. Als definitieve cijfers beschikbaar komen, ben ik bereid om het belang van het flankerend beleid voor het borgen van het gelijke speelveld nader te onderzoeken, en af te wegen tegen het eerder zekerheid geven aan verzekeraars over de definitieve vereveningsbijdrage en in het licht van de inzet van «Kwaliteit Loont» om meer te investeren in doelmatige en kwalitatief goede zorg voor chronisch zieken.

Achtergrond

Afschaffing macronacalculatie

Zorgverzekeraars krijgen voorafgaand aan elk nieuw vereveningsjaar (ex ante) een vereveningsbijdrage uit het zorgverzekeringsfonds. De ex ante vereveningsbijdrage is gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie van de zorgverzekeraar en is afhankelijk van de door de overheid geraamde Zvw-uitgaven, het macroprestatiebedrag. In het risicovereveningssysteem wordt naast een ex ante deel een ex post deel onderscheiden. Ex post compensaties zijn correcties die achteraf plaatsvinden op basis van de gerealiseerde kosten. Macronacalculatie is een ex post mechanisme dat plaatsvond wanneer de totale gerealiseerde zorgkosten van de zorgverzekeraars afweken van de raming van het macroprestatiebedrag. Als de macrokosten hoger uitvielen dan geraamd, werd ex post een hogere vereveningsbijdrage vastgesteld, als de macrokosten lager uitvielen, ging de vereveningsbijdrage omlaag. Door inzet van macronacalculatie liepen verzekeraars tot en met 2011 geen risico op de macrokostenontwikkeling – hetgeen overigens onverlet laat dat zij wel risico liepen op hun eigen kostenontwikkeling.

Macronacalculatie is per 2012 afgeschaft. Door het afschaffen van macronacalculatie verschuift het financiële risico op overschrijdingen van de zorgkosten ten opzichte van de raming van de overheid naar de zorgverzekeraars. Het doel van de afschaffing van de macronacalculatie was om de zorgverzekeraars te stimuleren meer te investeren in goede zorginkoop en om zorgverzekeraars maximaal te prikkelen tot beheersing van de zorgkosten.

Introductie flankerend beleid

Het afschaffen van de macronacalculatie is in 2012 gepaard gegaan met de introductie van flankerend beleid[2]. Als de macrokosten hoger uitvallen dan geraamd, zouden zorgverzekeraars met relatief veel chronisch zieke verzekerden zonder flankerend beleid grotere verliezen per verzekerde lijden dan zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie. Het doel van de introductie van het flankerend beleid is om het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars te borgen in geval van een afwijking tussen geraamde en gerealiseerde macrokosten.

Technisch gezien werkt flankerend beleid als volgt. Allereerst wordt de vereveningsbijdrage bijgesteld zodat deze op macrototaal gelijk is aan de gerealiseerde macrokosten. Vervolgens wordt de vereveningsbijdrage teruggeschaald naar het niveau van de oorspronkelijke macroraming op basis van het aantal premieplichtigen. De consequentie daarvan is dat de macrostijging van de zorgkosten (of macrodaling) niet vooral neerslaan bij de verzekeraars met veel chronisch zieke verzekerden (of juist veel gezonde verzekerden). Een belangrijk verschil met macronacalculatie is dat bij macronacalculatie eventuele over- of onderschrijdingen verrekend worden met het zorgverzekeringsfonds, terwijl bij flankerend beleid de over- of onderschrijdingen onderling verrekend worden tussen de zorgverzekeraars.

Resultaten onderzoek

Effecten afschaffing van macronacalculatie

In de evaluatie naar de effecten van de afschaffing van de macronacalculatie worden verschuivingen in de vereveningsbijdrage beoordeeld op macroschaal (voor alle verzekeraars samen). Het macrovereveningsresultaat is over 2012 € 0,7 miljard en over 2013 € 1,8 miljard. Dit betekent dat voor 2012 en 2013 de gerealiseerde macrozorgkosten lager liggen dan de geraamde macrozorgkosten. De bijdrage die verzekeraars over 2012 en 2013 uit het zorgverzekeringsfonds hebben ontvangen, bedraagt circa de helft van de geraamde kosten; de andere helft wordt gefinancierd uit de premie en de opbrengst van het verplicht eigen risico. De totale vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars uit het zorgverzekeringsfonds is dus ongeveer de helft van € 0,7 en € 1,8 miljard te hoog geweest. In beide jaren is dit voornamelijk terug te voeren op het deelbedrag overige prestaties, in het bijzonder de farmacie. In 2012 liggen de gerealiseerde zorgkosten van de overige prestaties € 0,9 miljard onder de raming en in 2013 is dit € 1,6 miljard. In beide jaren liggen de gerealiseerde kosten van de medisch-specialistische zorg rond de € 200 miljoen hoger dan de raming. Bij de geneeskundige GGZ is het beeld wisselend: in 2013 liggen de gerealiseerde kosten € 0,4 miljard lager dan de raming en in 2012

[2] Er zijn verschillende vormen van flankerend beleid. Het gaat hier echter alleen om flankerend beleid als gevolg van het afschaffen van de macronacalculatie, en niet om flankerend beleid waarmee de gevolgen van late besluitvorming over pakketwijzigingen en de gevolgen van catastrofes verdisconteerd kunnen worden.

liggen de gerealiseerde macrokosten slechts circa € 10 miljoen hoger dan de raming.

Indien over 2010 en in 2011 geen macronacalculatie zou zijn toegepast, dan zou er ook een positief macrovereveningsresultaat behaald zijn; zij het veel beperkter dan over 2012 en 2013: circa € 0,5 miljard in 2010 en € 50 miljoen in 2011. In deze jaren zijn de positieve macrovereveningsresultaten verrekend met het zorgverzekeringsfonds door het toepassen van macronacalculatie[3].

Effecten introductie flankerend beleid

Het toepassen van het flankerend beleid heeft op macroniveau geen effect op het gemiddeld vereveningsresultaat; de verschillen in het vereveningsresultaat tussen verzekeraars nemen beperkt toe ten opzichte van de fictieve situatie van geen flankerend beleid. Voor verzekeraars met een verzekerdenportefeuille die een goede afspiegeling is van de Nederlandse bevolking, is het effect van het flankerend beleid nihil. Dit geldt voor de meeste grote verzekeraars. De effecten van het flankerend beleid zijn groter voor verzekeraars met een afwijkende verzekerdenportefeuille, waarvan de zorgkosten per premieplichtige verschillen van het Nederlands gemiddelde. Vooral zelfstandige verzekeraars en middelgrote verzekeraars hebben in 2012 en 2013 geprofiteerd van het toepassen van flankerend beleid.

Zijn de doelstellingen behaald?

De afschaffing van de macronacalculatie is onderdeel geweest van een pakket aan maatregelen ter vergroting van de doelmatigheidsprikkels, waaronder de geleidelijke afschaffing van alle ex post mechanismen in de risicoverevening, invoering van prestatiebekostiging in de medisch-specialistische zorg en de geneeskundige GGZ en het vergroten van het aandeel DBC's met vrij onderhandelbare prijzen (B-DBC's) in de medisch-specialistische zorg. Deze maatregelen tezamen zorgen er voor dat onder andere de afspraken in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord worden versterkt. Volgens de onderzoekers is het lastig om het separate effect van het afschaffen van de macronacalculatie op het vergroten van de prikkels tot doelmatigheid te meten; omdat er veel effecten tegelijkertijd spelen is het effect van het afschaffen van de macronacalculatie moeilijk te isoleren. Naast en in combinatie met de andere maatregelen heeft de afschaffing van de macronacalculatie ertoe bijgedragen dat de doelstellingen behaald zijn: zorgverzekeraars voelen meer prikkels om de zorgkosten te beheersen en om te investeren in goede zorginkoop. Sinds 2010 is de trend gekeerd dat de macrokosten hoger liggen dan de macroraming.

Volgens de onderzoekers is door de invoering van het flankerend beleid het gelijke speelveld behouden gebleven, hetgeen positief is. Er kleeft volgens de onderzoekers echter ook een nadeel aan het flankerend beleid, namelijk dat verzekeraars lang moeten wachten totdat de vereveningsresultaten bekend zijn, omdat die afhangen van definitieve cijfers over de gerealiseerde zorgkosten. De onzekerheid over het definitieve vereveningsresultaat is groter naarmate de impact van het flankerend beleid groter is (bij de verzekeraars met een afwijkende populatie).

[3] Dat laat onverlet dat een individuele verzekeraar nog steeds een positief vereveningsresultaat kan boeken over 2010 en/of 2011.

Aanbevelingen

De onderzoekers doen twee aanbevelingen. Ten eerste bevelen zij aan om te onderzoeken op welke wijze bij de vaststelling van de macrozorgkostenraming, waar mogelijk, beter en sneller aangesloten kan worden op ontwikkelingen in de zorg. Ten tweede bevelen ze aan om het flankerend beleid af te schaffen, tenzij hier grote bezwaren tegen zijn vanuit de zorgverzekeraars.

Reactie

Afschaffing macronacalculatie vergroot belang adequate zorgkostenramingen

Uit deze evaluatie komt naar voren dat verzekeraars een aanzienlijk financieel voordeel hebben gehad van het afschaffen van de macronacalculatie. Dit financieel voordeel is gelegen in het deelbedrag overige prestaties (de extramurale curatieve zorg). Achteraf kan worden vastgesteld dat VWS in zijn raming voor 2012 en 2013 de mogelijkheden van verzekeraars om de zorgkosten voor farmacie te drukken fors heeft onderschat. De onderzoekers benadrukken het belang van een kwalitatief goede macroraming. Ik ben het daarmee eens. Een manier waarop de ramingen verbeterd kunnen worden is door financiële informatie versneld ter beschikking te laten komen. Ik verwijs hiervoor naar mijn brief van 18 juli 2014 over het traject Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven en mijn brief van 2 maart 2015 over het Jaar van de Transparantie.[4] Als financiële informatie sneller ter beschikking komt, kan de raming gebaseerd worden op recentere realisatiecijfers, hetgeen de kwaliteit ten goede komt. De eerste aanbeveling van de onderzoekers zie ik dus als een ondersteuning van mijn beleid.

Verzekeraars hebben de positieve vereveningsresultaten gebruikt om de premies te verlagen. Vanaf 2013 hebben de verzekeraars de premies lager vastgesteld dan de door VWS geraamde premie, waaruit blijkt dat verzekeraars het positieve resultaat van afgelopen jaren gedeeltelijk hebben terug gegeven aan verzekerden. Voor 2015 geven de verzekeraars aan dat zij in totaal € 1,4 miljard van het positieve resultaat teruggegeven hebben aan verzekerden via verlaging van de premie. Een ander deel van de positieve resultaten over 2012 en 2013 hebben de verzekeraars gebruikt ter verhoging van de reserves, noodzakelijk in het kader van Solvency II. Bijna alle zorgverzekeraars kunnen door hun juridische structuur geen vermogen aan hun aandeelhouders uitkeren, waardoor het geld binnen het systeem blijft.

Doelstelling afschaffing macronacalculatie behaald

Afschaffing van macronacalculatie heeft als onderdeel van een bovengenoemd pakket aan maatregelen een bevorderend effect op het nakomen van het Bestuurlijk Hoofdlijnakkoord dat is gesloten om de zorgkostenontwikkeling in de hand te houden. Het kan niet worden vastgesteld in welke mate deze maatregel aan het totaaleffect van meer doelmatigheid heeft bijgedragen. Zonder macronacalculatie hebben vooraf onvoorziene kostenontwikkelingen in eerste instantie effect op het financiële resultaat van zorgverzekeraars. Het is logisch dat er daardoor een directere betrokkenheid van de zorgverzekeraars bij de kostenontwikkeling is ontstaan.

[4] Kamerstuk 32 620, nr. 130 en Kamerstuk 32 620, nr. 149

Introductie van flankerend beleid draagt bij aan behoud van een gelijk speelveld

Uit de evaluatie blijkt dat flankerend beleid het gelijke speelveld voor verzekeraars in stand houdt. Desondanks bevelen de onderzoekers aan om flankerend beleid af te schaffen, tenzij onvoldoende draagvlak onder verzekeraars blijkt. Uit deze evaluatie blijkt dat de resultaatsverschuiving als gevolg van het flankerend beleid het grootst is bij verzekeraars van wie de portefeuille afwijkt van het Nederlands gemiddelde. Verzekeraars die zich in het kader van «Kwaliteit Loont» meer gaan toeleggen op doelmatige zorg van goede kwaliteit voor chronisch zieken kunnen een dergelijke, afwijkende verzekerdenpopulatie krijgen. Daarnaast kan de samenstelling van portefeuilles per jaar veranderen indien verzekerden gebruik maken van de mogelijkheid om te stemmen met de voeten. Ook kan flankerend beleid comfort bieden aan nieuwe toetreders. Op basis van de resultaten van deze evaluatie acht ik flankerend beleid vooralsnog van belang voor het borgen van het gelijke speelveld. Daarnaast vind ik het belangrijk om een ingrijpende beslissing als de afschaffing van het flankerend beleid te baseren op definitieve cijfers, en niet op voorlopige cijfers, zoals die in deze evaluatie zijn gebruikt. Ik volg daarom deze aanbeveling (nog) niet op.

Vervolg

Ik vind het belangrijk om de werking van het risicovereveningssysteem te blijven monitoren. Dit doe ik in beginsel op basis van de meest recente realisatiecijfers. Op 27 januari 2015 heb ik u per brief geïnformeerd over de werking van het risicovereveningssysteem van 2010[5]. Bij toekomstige monitors zal ik ook de effecten van de afschaffing van ex post compensaties en de introductie van flankerend beleid betrekken. Bij brief van 13 maart 2015 heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken bij de jaarcijfers van ziekenhuizen. Daarin heb ik aangekondigd dat de definitieve vaststelling risicoverevening 2011 naar verwachting een jaar later plaatsvindt. Als gevolg daarvan zal ik de kwantitatieve analyse over het jaar 2011 ook pas later kunnen laten uitvoeren en naar de Tweede Kamer sturen.

Als definitieve gegevens van een aantal jaar beschikbaar zijn, wil ik de afschaffing van flankerend beleid in overweging nemen; daarbij moet het borgen van het gelijke speelveld tussen verzekeraars afgewogen worden tegen eerdere zekerheid van verzekeraars over de inkomsten. Vanzelfsprekend zal ik de Kamer blijven informeren over de resultaten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

[5] Kamerstuk 29 689, nr. 577